



HOSPITAL SULTAN HAJI AHMAD SHAH
JALAN MARAN
28000 TEMERLOH, PAHANG



BORANG DEKLARASI SARINGAN PENYAKIT COVID-19

Nama : _____
No. Kad Pengenalan : _____
No. Telefon : _____
Alamat : _____

Panduan: Sila lengkapkan semua bahagian

RISIKO (TANDAKAN ✓)		YA	TIDAK
1.	Adakah anda baru balik dari melawat LUAR NEGARA dalam tempoh 14 hari yang lepas? Jika YA, nyatakan negara yang dilawati: _____		
2.	Adakah anda pernah menghadiri acara atau mengunjungi mana-mana tempat yang melibatkan kes yang disyaki atau positif COVID -19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
3.	Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari yang lepas?		
	a. Bekerja/Bersemuka dalam ruang tertutup yang sama, dalam jarak kurang dari 1 meter melebihi 15 minit?		
	a. Menaiki kenderaan yang sama melebihi 2 jam dalam jarak 2 kerusi (2 meter) dari individu positif COVID -19?		
	b. Tinggal serumah dengan individu yang disahkan positif COVID -19?		
	c. Berada bersama di dalam bilik tertutup yang menggunakan penghawa dingin lebih dari 2 jam?		
4.	Adakah anda mempunyai gejala-gejala berikut?		
	a. Demam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Batuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Sakit tekak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Selesema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUHU BADAN

HENTIKAN COVID-19!

**KEJUJURAN ANDA BOLEH MENYELAMATKAN
BANYAK NYAWA TERMASUK ANGGOTA KESIHATAN.
BANTULAH KAMI UNTUK MEMBANTU ANDA.**

Tandatangan **pesakit/waris

Tandatangan anggota kesihatan

.....
Nama:
No. Kad Pengenalan:
Tarikh:

.....
Nama & cop:

**Sila potong mana yang tidak berkenaan